

۳۳
۱۵۱
۲۶۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه :

جهت دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

موضوع :

بررسی آناتومی داخلی دندانهای پره مولر فک بالا

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر حسین لباف

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر مهشید شیخ الاسلامی

نگارش:

محمد شاهمرادی - امید حسن یزدی

سال تحصیلی: ۱۳۷۸-۷۹

شماره پایان نامه: ۹۶

CONCLUSIONS & SUMMARY خلاصه و نتیجه گیری

یکی از دلایل اصلی شکست درمانهای ریشه دبیریدمان ناکافی و یا گم شدن و عدم دبیریدمان یک کانال ریشه در حین درمانهای اندودنتیک است. یکی از دندانهایی که در طی درمان ریشه همواره مسئله ساز بوده است، دندانهای پرهمولر فک بالا است این دندانها علیرغم ظاهر ساده آنها از نظر دشواری کار پس از دندانهای مولر قرار می گیرند. (۲۱)

جهت بررسی آناتومی داخلی این دندانها مطالعه ای به شرح زیر انجام شد. ۳۳۲ دندان پرهمولر فک بالا پس از دکلسیفیکاسیون و تزریق مرکب هندی **india ink** رنگ آمیزی شدند سپس با استفاده از متیل سالیسیلات (**methyl salicylate**) شفاف شدند آن گاه با استفاده از برش عمود بر محور طولی دندان به ۶ مقطع در مقاطع ۱ و ۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۹ میلی متری از آپکس دندان تقسیم شد بدین ترتیب ۱۹۹۲ نمونه و توسط **stereomicroscope** مورد مطالعه قرار گرفت.

۱- ۴۴/۶٪ از کانال دندانها به یک اپیکال فورامن ختم می شوند و ۵۳/۹٪ از کانال دندانها به دو اپیکال فورامن و ۱/۵٪ دندانها ۳ کاناله بودند.

۲- از میان دندانهایی که به یک اپیکال فورامن ختم می شوند **Type I** (۲۵/۶٪)، **Type II**

Type III (۱۶/۹٪) و **Type IV** (۲/۱٪) و از میان دندانهایی که به دو اپیکال فورامن ختم می شوند

Type V (۴۷/۹٪)، **Type VI** (۳/۶٪)، **Type VII** (۱/۸٪)، **Type VIII** (۰/۶٪) فقط ۱/۵٪ از دندانها

بودند.

۳- در میان دندانهای پرهمولر فک بالا ۱۰۲ یا (۳۱ درصد) دارای دو ریشه به صورت مجزا

از هم بودند که اگر به صورت افتراقی بیان شود از مجموع ۱۸۷ دندان پرمولر اول بالا، ۸۹ عدد (۴۸٪) و از مجموع ۱۴۵ دندان پرمولر دوم بالا ۱۳ عدد یا (۹٪) دارای دو ریشه مجزا از هم (باکالی و پالاتالی) بودند.

شکست درمان دریافتن یا پرکردن یک کانال فاکتور مسبب شکست درمانهای اندو عنوان می‌گردد. امتحان کردن کف اتاقک پالپ نیز کلید راهنما کننده‌ای به نوع و شکل موجود می‌باشد. هرگاه فقط یک کانال یافت شد که در مرکز دندان نیست، احتمالاً کانال دیگری وجود دارد که عمل کننده باید در طرف دیگر به دنبالش بگردد.

رادیوگرافی از زوایای مختلف، و گاهی با یک فایل در کانال ممکن است ما را یاری دهد ارتباط در مدخل کانال با یکدیگر نیز معنی‌دار می‌باشد هر چه مداخل کانال به یکدیگر نزدیکتر باشند شانس اینکه در نقطه‌ای از بدنه ریشه به یکدیگر متصل گردند بیشتر است دندانهایی که کانالشان در میان ریشه، یا اپیکال دو شاخه شده است در حین درمان مشکل را خواهند بود. معمولاً یک کانال با مقطع عریض به اندازه کافی فایل می‌گردد و حتی پر می‌شود در حالیکه فایل کردن و پر کردن کانال دیگر بسیار دشوار خواهد بود.

وجود یک کانال پر نشده ممکن است سبب شکست درمان اندو باشد حتی اگر در رادیوگرافی و در کلینیک به نظر می‌آید که سیستم کانال دندان به خوبی مهر و موم شده است. همچنین وقتی درد و تخریب پری اپیکال بعد از درمان غیر جراحی اندو دیده می‌شود احتمال حضور کانال اضافی باید قبل از اینکه دندان جراحی یا درمان مجدد گرد مد نظر باشد اگر انتهای ریشه قطع شده و به طور معکوس پر شود ممکن است درمان کاملی حاصل گردد جراحی

ممکن است فقط یک سوراخ اپیکال ایجاد کند در حالیکه در ابتدا دو سوراخ مجزا وجود داشته است. نتایج در صورتیکه به دنبال دومین کانال نگردیم که بطور معمول نیز در حین جراحی‌ها مدنظر قرار نمی‌گیرد، ضعیف خواهد بود آگاهی از اینکه ۸ نوع شکل کانال موجود است و نحوه

صحیح جراحی می‌تواند میزان موفقیت عمل درمان ریشه را افزایش دهد. (۱۸) Bell

هدف اصلی از این بررسی کسب اطلاعاتی از اشکال مختلف کانال ریشه در دندانهای

پرده مولر فک بالا بود که در اینجا هشت نوع شناسایی گردید (انواع I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII)

«پیشنهادهای برای انجام مطالعات بعدی»:

۱- این روش تحقیق برای دندانهای مولر فک پایین و مولرهای فک بالا که از نظر آناتومی

داخلی دارای پیچیدگیهای خاصی است انجام شود. premolars, oral surg 35: 830-19

۲- در مرحله رنگ آمیزی دندانها از غوطه ور کردن آنها درون india ink خودداری شود.

chapt 5,7,9,11, Page: 80-424, 1978.

(6) Fogel HM, Palloff MD, Christ is WJ, canal Configuration in the Mesio Buccal root of the maxillary first molar, a clinical study, J-End, 20(3): 135-137, 1994

(7) Grossman J, editor, clinical endodontic practice, 11th edition, Philadelphia L&C FEBIGER, chap 3, 9, 11, Page: 29-58, Page: 145-227, 1988.

(8) Green, D, oral surg, 35: 583, 1973

(9) Gills J, Reader AJ, An SEM investigation of the mesiolingual